

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, OCFS)

**СООБЩЕНИЕ ОБ ОФИЦИАЛЬНО ПРИЗНАННОЙ СЛЕПОТЕ / ЗАПРОС
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИИ**

КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ СЛЕПЫХ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК (NEW YORK STATE COMMISSION FOR THE BLIND, NYSCB)

Заполните форму полностью, чтобы избежать задержек при регистрации пациента и (или) получении запрошенной информации. (Пишите разборчиво печатными буквами.)

СООБЩЕНИЕ ОБ ОФИЦИАЛЬНО ПРИЗНАННОЙ СЛЕПОТЕ. Заполните эту часть, чтобы сообщить об официально признанной слепоте.

ЧАСТЬ А	ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ.					
	ФАМИЛИЯ:		ИМЯ:		СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ПОЛ
	УЛИЦА И НОМЕР ДОМА:		ГОРОД:		ШТАТ: NY	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:
					ДАТА РОЖДЕНИЯ: / /	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:
						НОМЕР ТЕЛЕФОНА: - -
						ОКРУГ ИЛИ БОРО НЬЮ-ЙОРКА:
	ВРАЧ, ПРОВОДЯЩИЙ ОБСЛЕДОВАНИЕ. ОТМЕТЬТЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА, И ПРИЧИНЫ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ.					
	СОСТОЯНИЕ			ПРИЧИНА		
	1. <input type="checkbox"/> Слепота обоих глаз; отсутствие светочувствительности.			1. <input type="checkbox"/> Катаракта		
	2. <input type="checkbox"/> Острота зрения 20/200 или меньше для глаза, который видит лучше, при пользовании наилучшими средствами коррекции.			2. <input type="checkbox"/> Глаукома		
	3. <input type="checkbox"/> Диаметр поля зрения для глаза, который видит лучше, образует угол не более 20 градусов.			3. <input type="checkbox"/> Другие заболевания:		
	4. <input type="checkbox"/> В связи с состоянием зрения, таким как кортикальные нарушения зрения, функции пациента соответствуют определению официально признанной слепоты. Стандартная проверка остроты зрения невозможна или не дает достоверных данных. Согласно моему медицинскому мнению, зрительные функции соответствуют определению официально признанной слепоты.			4. <input type="checkbox"/> Врожденное заболевание		
	5. <input type="checkbox"/> Пациент официально признан слепым, но на данный момент таким не является. (Если да, отметьте Причину № 7.)			5. <input type="checkbox"/> Несчастный случай, отравление, заражение или травма		
	6. <input type="checkbox"/> Пациент трудоустроен и наступление официально признанной слепоты ожидается в течение года.			6. <input type="checkbox"/> Неустановленная причина		
	7. <input type="checkbox"/> Улучшение зрения					
ДИАГНОЗ ПО ЗРЕНИЮ.						
ФАМИЛИЯ ВРАЧА, ПРОВОДЯЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ:		ИМЯ:		СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ВРАЧА, ПРОВОДЯЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ: <input type="checkbox"/> Офтальмолог <input type="checkbox"/> Оптометрист <input type="checkbox"/> Другой врач	ДАТА ОБСЛЕДОВАНИЯ: / /	
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА:		ГОРОД:		ШТАТ:	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:	
					НОМЕР ТЕЛЕФОНА: - -	
ПОДПИСЬ ВРАЧА, ПРОВОДЯЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ: X						
ЕСЛИ ПАЦИЕНТУ МЕНЬШЕ 18 ЛЕТ, НЕОБХОДИМО УКАЗАТЬ ИМЯ И ФАМИЛИЮ, А ТАКЖЕ АДРЕС ОДНОГО ИЗ РОДИТЕЛЕЙ И (ИЛИ) ОПЕКУНА.						
РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН: ФАМИЛИЯ			ИМЯ:			
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА:						
ГОРОД:		ШТАТ:		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА: - -	
ПОДАТЕЛЬ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО ВЫШЕ).						
ПОДАТЕЛЬ: ФАМИЛИЯ			ИМЯ:			
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА:						
ГОРОД:		ШТАТ:		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА: - -	
ЗАПРОС О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИИ. Заполните этот раздел, если пациент запросил информацию у NYSCB.						
Часть В	<input type="checkbox"/> Как выполнять работу по дому <input type="checkbox"/> Как NYSCB может помочь в подготовке к трудоустройству <input type="checkbox"/> Как NYSCB может помочь в сохранении нынешней работы <input type="checkbox"/> Как NYSCB может помочь в предоставлении услуг указанному выше ребенку, который официально признан слепым <input type="checkbox"/> Другое (укажите):					
	КОНТАКТНОЕ ЛИЦО (ПАЦИЕНТ/ПОДАТЕЛЬ) (Пишите печатными буквами):				НОМЕР ТЕЛЕФОНА: - -	

СООБЩЕНИЕ ОБ ОФИЦИАЛЬНО ПРИЗНАННОЙ СЛЕПОТЕ (Часть А)**(Заполняется офтальмологом, оптометристом или другим врачом)**

Данный раздел заполняется в том случае, если у пациента наблюдается как минимум одно из шести состояний, указанных на **Странице 1**.

ЗАПРОС О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИНФОРМАЦИИ (Часть В)**(Заполняется пациентом, официально признанным слепым, или другим лицом от его имени)**

Помимо заполнения **Части А** спросите пациента, не испытывает ли он/она трудности при выполнении ряда задач и участии в определенных видах деятельности. Если это так, пациент должен самостоятельно или с вашей помощью заполнить **Часть В**. Сообщите ему/ей о том, что форма будет отправлена NYSCB.

Отправьте заполненную форму в офис NYSCB (находящийся в округе или районе, в котором проживает пациент) на один из указанных ниже адресов. Уполномоченные лица свяжутся с пациентом и обсудят предоставление ему/ей реабилитационных услуг.

Обслуживаемый округ	Адрес для отправки:	Обслуживаемый округ	Адрес для отправки:
Аллегейни Каттарогас Шатокуа Эри Дженеси Ливингстон Монро Ниагара Онтарио Орлеанс Стьюбен Уэйн Вайоминг Иейтс	NYSCB Ellicott Square Building 295 Main St. Suite 545 Buffalo, NY 14203 Номер телефона: 716-847-3516	Брум Кайюга Чемунг Ченанго Кортленд Херкимер Джефферсон Льюис Мэдисон Онайда Онондага Осуиго Скайлер Сенека	NYSCB The Atrium 100 South Salina St. Suite 105 Syracuse, NY 13202 Номер телефона: 315-423-5417
		Сенс-Лоренс (для пациентов, которым меньше 18 лет)	
Олбани Клинтон Колумбия Делавэр Эссекс Франклин Фултон Грин Гамильтон Монтгомери Отсего Ренсселер Саратога Скенектади Скохари	NYSCB Albany District Office 52 Washington St. Rensselaer, NY 12144 Номер телефона: 518-473-1675	Тайога Томпкинс	NYSCB 117 East Stevens Ave. Suite 300 Valhalla, NY 10595 Номер телефона: 914-993-5370
		Датчесс Ориндж Патнам Рокленд Салливан Олстер Вестчестер	
		Нассау Саффолк Куинс (центральный и восточный)	NYSCB 711 Stewart Ave. Suite 210 Garden City, NY 11530 Номер телефона: 516-743-4188
Сенс-Лоренс (для пациентов, которым больше 18 лет)			
Уоррен Вашингтон		Обслуживаемое боро Бруклин	NYSCB 80 Maiden Lane Suite 401 New York, NY 10038 Номер телефона: 212-825-5710
		Манхэттен (до 23 rd St. включительно) Стейтен Айленд	
Чтобы получить дополнительную информацию и ресурсы, посетите наш веб-сайт. visionloss.nv.gov		Бронкс Куинс (западный) Манхэттен (к северу от 23 rd St.)	NYSCB 163 W. 125th St. Suite 1315 New York, NY 10027 Номер телефона: 212-961-4440